

C7		() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (新規申請用)								
病名	内分泌疾患： ノーナン (Noonan) 症候群									
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな										
氏名 (Alphabet)										
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
臨床所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状 (内分泌・代謝)	症候性低血糖 (乳幼児) : [なし ・ あり]									
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴 : [なし ・ あり]									
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載									
身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月 ()日	体重SD : ()SD
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月 ()日	体重SD : ()SD
2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD					
検査所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : ()年 ()月 ()日 所見 : ()									
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載									
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : ()年 ()月 ()日 所見 : ()									
医療機関・医師署名										
上記の通り診断します。										
医療機関名					記載年月日	年	月	日		
医療機関住所					診療科					(印)
					医師名					(印)
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					